

fundamentales en cuidados de enfermería como conocimientos y habilidades, trato interpersonal y calidad percibida.

CONCLUSIONES

- Se garantiza la efectividad del procedimiento docente puesto que en el mecanismo de retroalimentación utilizado para la elaboración de la ficha, están involucrados los profesionales del mismo grupo.
- El método empleado en su diseño contribuye a la formación integral de enfermería al estimular hábitos científicos, técnicos y docentes.
- La formación polivalente se traduce en eficiencia, sobre todo, a la hora de la necesaria redistribución de los profesionales por las diferentes especialidades.
- El trasvase de información mantiene la red de comunicación abierta reduciendo el periodo de adaptación en las nuevas incorporaciones.
- El estímulo personal es un hecho, ya que de las aportaciones que va haciendo el equipo de trabajo van surgiendo nuevos proyectos.
- La ficha no pretende, en modo alguno, sustituir a otros métodos formativos que traten los temas con más profundidad, sino proporcionar un práctico y sencillo instrumento de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akerman F, Nash DB: La enseñanza de los conceptos básicos de la Calidad: un estudio realizado en las Escuelas de Medicina y en programas de administración sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 1992; 7, 4: 57-68.
2. Donabedian A: Continuidad y cambio en la búsqueda de la Calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 1994; 9, 1: 31-39.
3. González MJ, Martínez MM, García C, Palazón P: La ficha de oftalmología como instrumento de garantía de calidad en la actividad quirúrgica de enfermería. Poster presentado en el IV Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica. Sevilla, Mayo 1998.
4. González MJ, Martínez MM, García C, Palazón, P. : La ficha quirúrgica como instrumento de garantía de calidad en la actividad de enfermería. Comunicación presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santander, Octubre 1998.
5. Humet C: Calidad, Ética y Coste. *Revista de Calidad Asistencial*, 1994; 9, 1: 6-7.
6. Nanda: Diagnósticos de enfermería. Definiciones y clasificaciones, 1995-96 Versión

- española. Mosby/Doyma libros. Madrid 1995.
7. Swearingen P: Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, Ed Harcourt Brace. Madrid, 1998.

Pautas terapéuticas y gestión de antirretrovirales en el Servicio de Farmacia Hospitalaria de la Fundación Jiménez Díaz

J. M. Ortega Gómez, F. Piedra Sánchez,
C. Martí Bernal
Servicio de Farmacia.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

INTRODUCCIÓN

Cuando en el año 1992 entró en vigor el Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos (PROSEREME) en su fase V (Circular INSALUD 4/92), eran pocos los medicamentos a los que obligaba la dispensación en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) (1).

Progresivamente se fueron asimilando medicamentos a esta normativa y entre ellos llegaron los utilizados para el tratamiento del VIH-1, los antirretrovirales (AR). Hasta el año 1996 el número de AR comercializados era pequeño. La gran mayoría de las sustancias que ahora se utilizan estaban entonces en fase de investigación. Por otro lado, el valor económico de los medicamentos registrados para estos tratamientos (AZT, DDI y DDC) era asequible por el presupuesto del Hospital.

En el año 1996 se comercializan Estavudina (D4T), Lamivudina (3TC) y los Inhibidores de la Proteasa (IP): Indinavir (INV), Saquinavir (SQV) y Ritonavir (RTV). Surge la "triterapia", la combinación de tres de estos fármacos en pautas farmacológicas más o menos complicadas en las que asumiendo la agresividad, conseguían mayor supresión viral durante periodos más largos de tiempo que las pautas más conservadoras que se manejaban antes de la entrada en el mercado de estos nuevos medicamentos. Se ganó en eficacia pero también se incrementó el coste económico del tratamiento.

A finales del año 1998 aparecen Nevirapina (NVP) y Nelfinavir (NFV) y al finalizar 1999 se comercializan Efavirenz (EFV), Saquinavir base (SQVb) y Abacavir (ABV). Todos contribuyen a incrementar el número de combinaciones posibles. El panel de expertos y las recomendaciones de consenso abogan por iniciar la terapia con un IPo EFV más dos inhibidores de la Transcriptasa análogos, o un IP más uno o dos inhibidores de la Transcriptasa inversa análogos. El fracaso de esta terapia obligaría al cambio de dos de los medicamentos por otros dos de los que no se tuviera certeza que demostraran resistencia cruzada.

Con todos estos AR y con los criterios recomendados surgen gran cantidad de posibles terapias, no sólo de 3 sino de 4, 5 y hasta 6 AR (Tabla I). Sin olvidar que algunos pacientes siguen en tratamiento con uno o con dos medicamentos.

Por todo esto, tras la llegada al SFH de la Fundación Jiménez Díaz de los últimos AR comercializados, nos propusimos como objetivo analizar en qué medida se están utilizando unas y otras pautas, y compararlas con las que se utilizaban el año anterior, así como disponer de datos económicos comparativos de los distintos regímenes utilizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se ha utilizado:

—Las dispensaciones de AR de los pacientes que acudieron al SFH de la Fundación Jiménez Díaz en Marzo de 1999 y sus informes clínicos.

—Las dispensaciones de AR de los pacientes que acudieron al SFH de la Fundación Jiménez Díaz en marzo de 2000 y sus informes clínicos.

—Multiprograma D.U.E. 2.0 (Wyeth Lederle).

De las dispensaciones de cada año se identificaron las pautas por paciente, y los cambios producidos y de ellos se analizó la frecuencia. Tomando como patrón las pautas utilizadas en el año 2000, se compararon las del 1999. Se identificaron los pacientes con uno, dos, tres, cuatro, cinco o más medicamentos. Por fin se calculó el valor económico de cada pauta.

RESULTADOS

En marzo de 1999 se atendieron 432 pacientes y en marzo de 2000 el número de

pacientes a los que se dispensaron medicamentos fue de 457. El número de diferentes pautas terapéuticas fue de 66 en el año 1999 y 73 en el año 2000. Su distribución según el número de medicamentos que constituían el tratamiento fue:

	MARZO/99	MARZO/00
Monoterapia	0,06%	0,43%
Biterapia	13,9%	8,31%
Triterapia	83,9 %	87,08%
Cuaterapia	1,3%	3,93%
Pentaterapia	0%	0,21

Dado que el porcentaje mayoritario lo producen las pautas con tres medicamentos, el estudio se centra en el análisis de la triterapia exclusivamente, es decir, 363 pacientes de marzo/1999 y 398 de marzo/2000 que recibieron tres medicamentos.

La posología estándar utilizada es: AZT 1 comp/12 horas; DDI 2 comp/12 horas; 3TC 1 comp/12 horas; D4T 1 comp/12 horas; IDV 2 comp/8 horas; SQV 3 comp/8 horas; RTV 3 comp/6 horas; NVP 1 comp/12 horas; NFV 3 comp/8 horas; EFV 1 comp/12 horas.

En la tabla II se expresan el número de pacientes de cada año analizado que recibió cada una de las pautas más frecuentes de tres medicamentos, el porcentaje que suponen del total de regímenes y el valor económico mensual de cada una de ellas. El valor mensual se refiere a las pautas utilizadas con sus intervalos estándar.

DISCUSIÓN

La terapia se individualiza por paciente con el objetivo de conseguir la mayor eficacia del tratamiento y la mayor calidad de vida para el enfermo. Estas son las razones por las que un paciente puede recibir más de una pauta a lo largo del año en función de su evolución, e indistintamente, pasar de mayor a menor número de AR. Esto explica la existencia de gran variedad de pautas: 66 en el año 1999 y 73 en el año 2000. De ellas se exponen sólo 19, las que han supuesto el 80% de los tratamientos de tres medicamentos, porque el resto de regímenes, no lo ha recibido nada más que uno o dos pacientes. Habría que analizar, por tanto, individualmente la efectividad del 74% de las pautas que se han utilizado.

TABLA II

PACIENTES/00 CON TRITERAPIA	PORCENTAJE DE LOS 457	PAUTA	VALOR MENSUAL (PTAS.)	PACIENTES/99 CON TRITERAPIA	PORCENTAJE DE LOS 432
98	21,44	D4T+3TC+NVP	88.071	30	6,94
52	11,37	AZT+3TC+NVP	85.571	17	3,93
39	8,53	D4T+3TC+IDV	99.505	118	27,31
25	5,47	D4T+3TC+NfV	105.656	15	3,47
21	4,59	AZT+3TC+IDV	97.008	52	12,03
20	4,37	D4T+3TC+EFV	98.921	2	0,46
16	3,5	DDI+3TC+EFV	90.759	0	0
15	3,28	DDI+D4T+NVP	79.135	1	0,23
13	2,84	AZT+3TC+NfV	103.156	7	1,62
10	2,18	AZT+3TC+EFV	96.421	1	0,23
10	2,18	DDI+D4T+NfV	96.720	1	0,23
8	1,75	D4T+NVP+NfV	116.444	4	0,92
7	1,53	DDI+D4T+IDV	90.572	10	2,31
7	1,53	D4T+3TC+RTV	97.634	29	6,71
6	1,31	DDI+D4T+EFV	89.985	1	0,23
5	1,09	AZT+DDI+NVP	76.635	2	0,46
5	1,09	DDI+NVP+NfV	108.282	3	0,69
4	0,87	DDI+NVP+EFV	101.547	0	0
4	0,87	NVP+NfV+3TC	117.218	2	0,46
33	7,2	VARIAS		68	15,74

Recientes estudios demuestran que el éxito de la terapia AR tiene relación con el cumplimiento del tratamiento y el acceso a cuidados especializados que incluyen análisis de susceptibilidad y monitorización de niveles sanguíneos de medicamentos (2). Asu vez, es conocido que el cumplimiento mejora con pautas posológicas más sencillas, con menor número de medicamentos, y cuando los medicamentos se pueden tomar juntos. Las pautas que incluyen Ritonavir llevan sólo con este medicamento 12 comprimidos, a los que hay que añadir, por ejemplo en el caso del régimen DDI + D4T + RTV otros 6 comprimidos (3). También es conocido que la información de medicamentos al paciente, y la entrega de ayudas de memoria más o menos gráficas en el momento de la dispensación incrementan el grado de cumplimiento (4). Estudios realizados por farmacéuticos del Hospital han demostrado que la dispensación una vez al mes permite hacer un buen seguimiento del tratamiento de estos pacientes dándoles información sobre los medicamentos, lo cual mejora el cumplimiento (5). También mejora el cumplimiento la dispensación por dosis unitaria. El objetivo sería siempre un 100% de cum-

plimiento, teniendo en cuenta que la definición de cumplimiento incluya muchos parámetros: medicamento, dosis, intervalo, ausencia de omisión de una dosis, todo referido a todos los medicamentos que hay que tomar conjuntamente.

El cumplimiento evita el desperdicio de los medicamentos, con el coste económico que conlleva. La dispensación por dosis unitaria facilita e induce al cumplimiento. El SFH que dispensan en dosis unitaria, ha conseguido una reducción de la factura en un 8% (6).

Partiendo de la base de que la triterapia es mayoritaria, y desde el punto de vista expuesto en el párrafo anterior, lo ideal sería poder utilizar tres medicamentos con una farmacocinética que permitiera una o dos dosis al día y que pudieran administrarse conjuntamente. La información dada por el farmacéutico ante los cambios de pautas o posologías ha demostrado el beneficio correspondiente en el cumplimiento de los tratamientos.

Finalmente habría que abordar el coste económico de estos tratamientos. Si hasta el año 1996 el valor de la factura de AR era asequible, las pautas triples, su eficacia, que consigue la cronificación de la enfermedad y

la continua afluencia a los hospitales de pacientes nuevos, consiguieron incrementar un 35% el gasto en este tipo de medicamentos (7), llegando en la actualidad al 50% del valor económico del presupuesto total de medicamentos del Hospital (6).

Todo esto se encontró con la filosofía de contención del gasto farmacéutico que se practica en los SFH mediante sistemas de adquisición de medicamentos que disminuyan el valor de la factura y mediante sistemas de dispensación adecuados que garanticen el uso racional de los medicamentos.

En los dos mismos pilares habría que asentar el uso racional y la gestión de los medicamentos AR para el tratamiento del VIH-1. Sí se puede aplicar el primero, el de la adquisición, pero en la dispensación se encuentran dificultades. No obstante ya se han dado pasos importantes en este sentido. Si bien no todos, algunos laboratorios comercializan los AR envasados en dosis unitarias. Es imprescindible que lo hagan todos. Los envases debieran contener el tratamiento para un período de tiempo estándar: para cuatro semanas o para 30 días, por ejemplo, de forma que los tres medicamentos que constituyen una pauta pudieran dispensarse el mismo día y para el mismo período de tiempo. En su defecto, posibilitar con recursos humanos y materiales el envasado en dosis unitaria en el propio Servicio de Farmacia, de forma que el envasado permitiera la individualización de la dispensación para el mismo período de tiempo para pacientes que no tengan prescrita una pauta estándar. En la actualidad hay que ajustar las cantidades y fraccionar envases. Incluso hay hospitales que ya envasan individualmente para cada paciente el tratamiento de un mes (8).

CONCLUSIONES

Para una buena gestión de medicamentos AR es necesario:

- Conocer las pautas terapéuticas prescritas.
- Negociar el mejor precio de adquisición de al menos los medicamentos que constituyen las pautas que suponen el 80% de los regímenes utilizados.
- Poder disponer de presentaciones en dosis unitarias o en su defecto disponer de recursos humanos y materiales suficientes para poner a punto los sistemas necesarios y así poder individualizar la dispensación por paciente.

—Dar información sobre los medicamentos en el momento de la dispensación acerca de cuándo, cómo y con qué administrarse los fármacos; y qué hacer en caso de incidencias sobre olvidos, imposibilidad de tomarlos, interacciones, manifestación de efectos adversos, etc.

—Recuperar toda la medicación que los pacientes no se administran por diversas razones: presencia de efectos adversos, cambios de pautas, errores de medicación, etc.

—Poder reciclar y acondicionar la medicación recuperada para nuevas dispensaciones.

Cuando todo esto sea posible se cumplirá la filosofía del uso racional de los AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Circular INSALUD 4/92.
2. Panorama Actual del Medicamento 2000; 24 (230):40-44.
3. García Díaz B: Cumplimiento del tratamiento antirretroviral: Tendón de Aquiles de la nueva terapia de combinación. Noticias Farmacoterapéuticas 1997; 17: 1-4.
4. Becares FJ, García B, de Juana P, Bermejo T. El cumplimiento de tratamiento en la dispensación al paciente externo. El Farmacéutico Hospital 1998; 91: 33-39.
5. Martí Bernal C, Caro González L, Grupo de Trabajo de Dispensación a Pacientes Externos. Dispensación de medicamentos a pacientes externos. 1997 Ponencia en el XLII Congreso de la SEFH.
6. Bonafont X, Pascual L, Pellicer A et al. La evaluación del coste de los medicamentos antirretrovirales (Editorial). Atención Farmacéutica 2000; 1 (6): 524-525.
7. Gorritxo Visiers JA. El medicamento en el proceso de atención al paciente. Punto de vista del gestor. 1999 Ponencia en el XLIV Congreso de la SEFH.
8. Cabeza Barrera J, Zamora Ardoy MA, Moreno Díaz MT et al. Adecuación de las formas de dosificación de los fármacos antirretrovirales como método de mejora del cumplimiento de los pacientes VIH-SIDA. Atención Farmacéutica 2000; 2 (1): 85-91

Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Clínica

V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes

Bilbao, 8, 9 y 10 de noviembre de 2000

Taller: CMBD ambulatorio

O. López Domínguez
 Coordinador de Admisión y Documentación
 Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander